

ประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับบุคลากร

การประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคลากรในสังกัดคณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม ประจำปี 2565 กับบริษัทแปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด โดยบริษัทคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 เวลา 00.01 น. ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2566 เวลา 00.01 น. ค่ารักษาพยาบาล จำนวน 30,000 บาท ต่อรายต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. หากได้รับอุบัติเหตุให้แสดงบัตรประจำตัวประชาชน เพื่อเข้ารับการรักษา โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ณ โรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง ได้แก่

- 1.1 โรงพยาบาลมิชชั่น
- 1.2 โรงพยาบาลบางโพ
- 1.3 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น

กรณี ไม่สามารถใช้สิทธิได้ให้ติดต่อประสานสิทธิ์ไปยังบริษัทแปซิฟิกฯ ได้ 24 ชั่วโมง ที่หมายเลข 0 2401 9188

2. หากเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น สามารถยื่นขอรับค่าสินไหมทดแทนภายหลังได้ที่ กองบริหาร งานบุคคล เพื่อประสานบริษัทต่อไป ซึ่งประกอบด้วยเอกสารดังนี้

- 2.1 แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน
- 2.2 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)
- 2.3 ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)
- 2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 2.5 สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

นางมลนิตา รักนาย
ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานบริหารชำนาญงาน
งานบุคลากร

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน



- เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
 ค่ารักษาพยาบาล ค่ารักษาทันตกรรม ค่ารักษาฉุกเฉิน อื่นๆ

1	ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย / ผู้ทำการแทน : เพศ : อายุ : อาชีพ : ที่อยู่ : เลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์ : หมายเลขกรมธรรม์ : จำนวนเงินเอาประกันภัย :
2	กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาระบุสาเหตุที่ส่งมอบเอกสารมาพร้อมเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร : สาขา : ชื่อบัญชี : เลขที่บัญชี :
3	กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ <input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก <input type="radio"/> ผู้ป่วยใน <input type="radio"/> ไอซียู <input type="radio"/> อื่นๆ
3.1	ชื่อโรงพยาบาล : วันที่เข้ารักษา : วันที่ออกจากโรงพยาบาล :
3.2	อาการเจ็บป่วย :
3.3	อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล :
3.4	ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล : แผนกที่เข้ารับการรักษา :
3.5	ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ :
3.6	ได้รับการรักษาโดย <input type="radio"/> การฉายยา <input type="radio"/> การผ่าตัด (ระบุ) <input type="radio"/> อื่นๆ
3.7	ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ : <input type="radio"/> เอ็กซเรย์ <input type="radio"/> ตรวจหัวใจ <input type="radio"/> ตรวจโรค <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)
4	กรณีที่มีการรักษาอาการบาดเจ็บ มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ / สูญเสียอวัยวะ / ทูพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว / ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
4.1	สถานที่เกิดเหตุ : วันที่เกิดเหตุ : เวลาที่เกิดเหตุ :
4.2	เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) :
4.3	อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ :
4.4	มีการแจ้งความหรือไม่ : <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่ :
4.5	ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา : เมื่อวันที่ :
4.6	ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา : แผนกที่ทำการรักษา : เมื่อวันที่ :
4.7	วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย :
4.8	ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ : <input type="radio"/> เอ็กซเรย์ <input type="radio"/> ตรวจหัวใจ <input type="radio"/> ตรวจโรค <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)
4.9	อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด) :
5	กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ : <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ยากับครรภ์ สัปดาห์
6	กรณีที่ได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์

ข้าพเจ้า ผู้ลงนามข้างท้ายแบบฟอร์มฉบับนี้ ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีอำนาจในการให้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท แอปิพิล ทรอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายจากบริษัท เพื่อกำหนดวงเงินและใช้ประโยชน์ ในการประมวลผล การพิจารณาตัดสินไหมทดแทน การพิจารณาปรับประกันภัย ตลอดจนการต่ออายุประกันภัย และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะมีการยกเลิกเพิกถอนความยินยอมนี้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
 (.....) (.....)

ความลับขั้นต้น
 (เฉพาะกรณีที่ใช้เอาประกันภัยอยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)